

SUR UN CAS
D'HYSTÉRO-EPILEPSIE
CHEZ L'HOMME

RELATION ENTRE LES ATTAQUES ET UNE LÉSION PÉRIPHÉRIQUE

*Hysterica symptomata omnia viris cum
mulieribus sunt communia.*

Charles LEPOIS.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 17 MARS 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Paul MOSSMANN,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Vieux-Thann (Alsace), le 1^{er} mai 1853.

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0058

SUR UN CAS
D'HYSTÉRO-EPILEPSIE
CHEZ L'HOMME

RELATION ENTRE LES ATTAQUES ET UNE LÉSION PÉRIPHÉRIQUE

*Hysterica symptomata omnia viris cum
mulieribus sunt communia.*

Charles LEPOIS.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 17 MARS 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Paul MOSSMANN,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Vieux-Thann (Alsace), le 1^{er} mai 1853.

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES ✱, professeur.	
Clinique externe.....	M. MICHEL ✱, professeur.	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N...., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. BERHEIM, *président*; MM. HECHT, E. PARISOT ET SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES ET BIENFAITEURS

MM. ABEL ET CONSTANT BAÜMLIN

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT PARRAIN

M. TH. LECLAIRE,

Professeur au Lycée de Nancy

A MON PÈRE, A MA MÈRE

HOMMAGE DE PIÉTÉ FILIALE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MON COUSIN M. ELSER

SOUVENIR RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT

A TOUS MES AMIS

A MES ANCIENS PROFESSEURS

A M. LE DOCTEUR TH. GALLARD

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS,

Un ancien externe du service

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNHEIM

A M. LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

MÉDECIN DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE SECOURS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MON AMI M. LE DOCTEUR L. GANZINOTTY

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE NANCY

Amitiés et remerciements.

AVANT-PROPOS

Les récentes publications sur l'hystérie chez l'homme, suggérées par l'Ecole de la Salpêtrière, ont mis à l'ordre du jour l'étude de cette névrose dans le sexe masculin ; on ne sera donc pas étonné, qu'ayant eu la rare bonne fortune d'observer par nous-mêmes un cas de ce genre dans le service dirigé par M. le Professeur Spillmann à la Maison départementale de Secours, nous en ayons fait, du consentement de notre maître, le thème de notre dissertation inaugurale. Disons toutefois de suite que, si notre observation touche par plus d'un point aux belles relations cliniques publiées par M. le Professeur Charcot et ses élèves, elle s'en sépare d'une manière notable par la netteté avec laquelle la pathogénie des manifestations hystériques est mise en lumière, ce qui constitue une originalité incontestable.

Un jeune homme de 17 ans a une masse volumineuse de végétations siégeant dans le sillon balano-préputial ; au moment où, par leur présence, elles ont amené une inflammation considérable de la verge, il est pris d'attaques hystéro-épileptiques précédées d'une aura hystérogène qui a pour point de départ l'extrémité lésée du pénis ; la marche de l'affection

étudiée à fond, l'ablation des végétations est pratiquée, et les attaques ne se produisent plus. Une lésion locale, cause déterminante d'attaques hystéro-épileptiques, la guérison de ces attaques obtenue par la suppression de la lésion, voilà un fait qui n'a pas encore été signalé, que nous sachions, dans les études si nombreuses parues sur l'hystérie chez l'homme, aussi nous croyons pouvoir intituler notre travail : Sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme, relation entre les attaques et une lésion périphérique.

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet, nous tenons à remercier M. le Professeur Bernheim de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, MM. les Professeurs Charpentier et Spillmann, ainsi que M. le Docteur Stœber, chef de clinique ophthalmologique, et M. Dumont, chef des travaux au laboratoire de physique, de la bienveillance et de l'amabilité avec laquelle ils se sont mis à notre disposition pour nous faciliter l'étude de notre malade, et des expériences qu'ils ont bien voulu faire.

APERÇU HISTORIQUE

L'histoire de l'hystérie chez l'homme peut se diviser en plusieurs phases : dans une première, qui s'arrête à Landouzy, la plupart des auteurs nient complètement l'hystérie dans le sexe masculin, s'appuyant sur l'aphorisme de Van Helmont : « *Propter solum uterum, id est mulier quod est* » qui avait force de loi. Quelques-uns pourtant, Willis, Hoffmann, Cullen, pour ne citer que les principaux, avaient rapporté des observations malheureusement trop peu précises et trop peu détaillées, pour combattre avec succès les opinions généralement admises.

Dans une deuxième phase, les observations sont rapportées d'une manière plus nette et partant elles deviennent plus probantes. C'est à Landouzy que revient le mérite d'avoir introduit cette rigueur dans l'analyse des observations d'hystérie chez l'homme, et, quel que soit le motif qui l'y ait déterminé, on ne peut que lui rendre hommage devant les résultats obtenus. Bien plus, l'hystérie chez la femme était alors mal connue, et il faut arriver jusqu'aux travaux récents de l'Ecole de la Salpêtrière pour voir constituer complètement le tableau de cette névrose. Les méthodes d'exploration plus précises, l'ensemble de certains phénomènes constants, véritables stigmates de l'hystérie, permettent de diagnostiquer à coup

sûr chez l'homme une affection naguère encore apanage presque exclusif de la femme.

En effet, la marche régulière et typique des attaques, si bien décrite par P. Richer, les troubles de la vision et ceux des diverses sensibilités constituent un véritable critérium de l'hystérie; si donc cette névrose existait chez l'homme au même titre que chez la femme, on devait chez lui retrouver les mêmes symptômes que chez elle. Les travaux récents auxquels cette induction a donné naissance, en fournissant de nouvelles preuves de l'existence incontestable de l'hystérie dans le sexe masculin, ont fait passer la question dans une troisième phase à laquelle nous assistons et qui est déjà riche en faits probants.

Mais jusqu'à présent on n'a trouvé que des causes générales relevant soit d'une prédisposition, soit d'une diathèse nerveuse héréditaire ou acquise par des impressions morales ou des fatigues physiques. Pour notre part, nous sommes persuadés que de même qu'il existe des faits d'épilepsie de cause locale, traumatique ou autre, de même il existe des faits d'hystérie relevant de causes semblables; aussi nous donnons notre observation comme un exemple remarquable d'hystérie de cause locale, du moins dans les manifestations bruyantes des attaques.

OBSERVATION

(PERSONNELLE).

L..., Arsène, âgé de 17 ans et demi, apprenti forgeron, tempérament lymphatique, constitution bonne. — Entré le 4 novembre 1882 à la Maison départementale de Secours, service de M. le Professeur Spillmann, salle Saint-Hubert, lit n° 26.

Renseignements fournis à l'entrée à l'hôpital.

A eu plusieurs rapports sexuels pendant sa 15^e année et dans un dernier coït, le 25 décembre 1880, contracte la syphilis.

Chancre de la verge vers le 10 janvier 1881, ne tarde pas à s'accompagner d'une adénopathie inguinale double, non suppurée, mais qui rend la marche difficile. Le chancre est guéri dans les premiers jours de février, par des applications de jus de tabac, remède employé, paraît-il, dans la campagne, contre la gale des moutons. Écoulement urétral (?).

Mars, avril 1881. — Fièvre syphilitique, alopecie, pas de traitement.

Juin, juillet, août. — Apparition d'accidents secondaires multiples, consistant en syphilides croûteuses du cuir chevelu, papuleuses et papulo-érosives de la peau et des muqueuses; adénopathie cervicale; persistance de l'écoulement urétral (?). — Traitement: capsules de copahu; environ 25 pilules de proto-iodure de mercure; pommade rouge, dont nous ignorons la composition, contre les accidents cutanés.

Septembre. — Disparition des accidents cutanés; l'écoulement (?) persiste.

Depuis cette époque, n'a pas eu d'autres accidents jusqu'au mois de septembre 1882; seulement, sous l'influence de l'inflammation déterminée par les accidents primitifs et secondaires, ainsi que par

l'écoulement (?), les organes génitaux ont pris un volume considérable qu'ils ont conservé.

Septembre 1882. — Deux points indurés apparaissent sur le fourreau de la verge, à la base du prépuce ; ne tardent pas à s'abcéder et donnent ainsi naissance à deux ulcérations bientôt découvertes par le père de L...., d'où brouille qui amène l'entrée de L.... à la Maison de Secours.

Ajoute que son père et sa mère se portent bien, ainsi que 17 frères et sœurs ; quant à lui, il n'a jamais eu d'autre maladie que ses accidents syphilitiques. Nous ne tarderons pas à voir le fond qu'il était possible de faire sur ses assertions.

Etat actuel.

4 Novembre 1882. — Grand garçon de 17 ans 1/2, pâle, blond, sans trace de scrofule ni de lymphatisme, bien développé au point de vue de la constitution ; intelligence au-dessous de la moyenne, sait à peine lire et écrire. Employé aux travaux des champs par son père, avait été, pendant les hivers 1880 et 1881, au service d'un forgeron chez lequel il entre au mois d'octobre dernier en qualité d'apprenti.

Etat général. — Les forces ont diminué dans ces derniers temps, pourtant l'examen des divers appareils ne présente rien à noter ; le cœur, les poumons sont sains ; les fonctions digestives se font bien ; le sommeil est bon ; — ne présente pas trace d'accidents syphilitiques ni sur la peau, ni sur les muqueuses ; adénopathie inguinale et cervicale, ganglion épitrochléen.

Etat local. — La verge, enflammée et volumineuse, présente sur le fourreau deux ulcérations profondes, à bords saillants, suppurant beaucoup ; l'une a l'étendue d'une pièce d'un franc, l'autre d'une pièce de 0 fr. 50 centimes. Phimosi congénital très prononcé ; à travers l'orifice du prépuce s'écoule une matière purulente, jaune, concrète, d'une odeur infecte, semblant provenir du gland et de la face muqueuse du prépuce qu'il est impossible de ramener en arrière, le gland étant d'un volume considérable, « en battant de cloche. »

Diagnostic. — Syphilides ulcéreuses du fourreau de la verge, syphilides de nature indéterminée siégeant sur le gland et le prépuce.

Traitement. — Pilules proto-iodure de mercure à 0 gr. 05 n° 2; iodure de potassium 4 grammes en solution; vin de quinquina 100 grammes; injection permanganate de potasse; pansement à l'iodoforme.

8 novembre. — Pas de changement ni dans l'état des ulcérations, ni dans la nature de l'écoulement; remplacer l'iodoforme par l'acide pyrogallique, continuer le reste de la prescription.

11 novembre. — Les ulcérations commencent à se déterger; verge toujours aussi volumineuse, persistance de l'écoulement; continuer le traitement.

15 novembre. — Amélioration notable des ulcérations sous l'influence de l'acide pyrogallique, sont moins profondes et quelque peu moins étendues; pas de salivation, continuer le traitement.

22 novembre. — Amélioration stationnaire; pas de salivation, continuer le traitement.

29 novembre. — Même état des ulcérations qui suppurent encore notablement; gland toujours énorme; quelques tendances à l'inflammation; pas de salivation; continuer le traitement interne, remplacer l'acide pyrogallique par des cataplasmes.

2 décembre. — Inflammation très vive, véritable état phlegmonieux; un petit trajet fistuleux réunit les deux ulcérations, suppuration abondante; pas de salivation, continuer le traitement.

4 décembre. — Inflammation stationnaire, suppuration toujours abondante. L... se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreille plus forts à droite et d'une céphalalgie extrêmement violente, siégeant à la partie supérieure de la région occipitale; cette céphalalgie ne s'augmente pas par la pression, son maximum d'intensité est le soir vers huit heures; elle cède au sommeil pendant toute la nuit pour reparaitre au réveil. Pas de salivation; remplacer les pilules de proto-iodure par des frictions tous les deux jours avec 4 grammes d'onguent napolitain, continuer le reste de la prescription.

7 décembre. — Depuis son entrée dans le service, L... n'avait

présenté aucun accident du côté du système nerveux ; est pris hier dans son lit, vers trois heures de l'après-midi, sans cause connue, d'une attaque présentant, au dire des témoins, les caractères suivants : au début, grincements de dents prolongés, cris, perte de connaissance, puis roideur de tout le corps, convulsions et délire, enfin résolution et coma ; amnésie complète au réveil ; courte rémission suivie d'une série d'autres attaques moins fortes que la première, mais présentant les mêmes caractères ; ce matin, au moment de la visite, est en pleine crise ; la face congestionnée, vultueuse, se couvre de sueur ; le pouls est à 80, la respiration profonde et stertoreuse à 12 inspirations par minute. Continuer le traitement, insister tout particulièrement sur les frictions.

8 décembre. — Les attaques ont pris fin hier vers midi ; en revenant à lui, L... ne se rappelle rien. Nouvelle attaque cette nuit présentant les mêmes caractères que les précédentes ; fatigue légère au réveil, ne répond qu'imparfaitement aux questions ; pas de salivation, continuer le traitement (3^e friction aujourd'hui).

10 décembre. — Nouvelle attaque, semblable aux précédentes, cette nuit ; pas de salivation, continuer le traitement (4^e friction).

17 décembre. — A eu deux nouvelles attaques, le 12 et le 14, présentant les mêmes caractères que les précédentes avec seulement quelques variations d'intensité et de durée ; suspension de tout traitement depuis le 12.

Toutes ces attaques, observées avec soin, amènent la conviction que l'on n'est pas en présence d'accidents épileptiformes liés à la syphilis cérébrale, et un nouvel examen approfondi de L... est pratiqué ; en voici les résultats :

Nouveaux renseignements.

ANTÉCÉDENTS.

1^o *Hérédité*. — Rien à noter du côté des grands parents.

Père, 59 ans ; abuse des boissons, souvent jusqu'à s'enivrer ; irascible et colère, s'emporte pour un rien ; un de ses frères, plus âgé, est mort aliéné.

Mère, 56 ans ; a eu dix-huit enfants ; névropathe ; n'a jamais eu d'attaques hystéroides ; un seul frère, du côté de la mère, a été tué lors de la guerre franco-allemande.

2° *Consanguinité*. — Frères et sœurs au nombre de dix-sept, quatorze garçons et trois filles ; il ne semblerait pas qu'aucun de ces enfants ait jamais présenté d'accidents nerveux bien définis ; quelques-uns pourtant auraient eu des convulsions au moment de la dentition, d'autres de l'incontinence nocturne prolongée assez tard.

3° *Personnels*. — Est le quatorzième enfant ; la première enfance n'a rien de particulier à signaler ; plus tard, lorsque L... suivit l'école, était vif, turbulent, irascible, se battant à tout propos avec ses camarades ; application au travail impossible ; l'action de s'incliner pour écrire était surtout pénible et occasionnait rapidement une congestion de la tête, se traduisant par de la rougeur des téguments, de la céphalalgie frontale et de l'obnubilation de la vue. Jusqu'à l'âge de 11 ou 12 ans, eut de l'incontinence d'urine toutes les deux ou trois nuits ; en même temps était sujet à des accès de somnambulisme qui, d'abord éloignés, ne tardèrent pas à se reproduire quatre à cinq fois par mois ; sous l'influence du sommeil somnambulique, se levait, s'habillait et, si les issues n'étaient fermées, sortait dans le village ; plusieurs fois il lui arriva de prendre son sac et de se rendre à l'école ; parfois, rencontré dans la rue, était ramené chez ses parents, d'autres fois rentrait seul et se recouchait ; ne se rappelait jamais rien au réveil.

Lorsque L... cessa d'aller à l'école, à l'âge de 12 ans passés, son père l'employa à la garde des bestiaux ; c'est alors, pendant le désœuvrement des journées passées aux champs, qu'il prit, avec d'autres enfants employés de la même manière que lui, des habitudes de masturbation, sans pourtant jamais en avoir abusé, dit-il. La puberté arriva vers l'âge de 14 ans, sans modifier les accès de somnambulisme ; se levait encore la nuit, et comme ses occupations avaient changé de nature, son délire changea de but ; après s'être habillé, allait ouvrir l'étable pour faire sortir le bétail et le mener

au pâturage. A cette époque son père consulte le médecin du pays, qui recommande une surveillance spéciale à l'égard du jeune homme ; c'est ainsi qu'à plusieurs reprises ses frères ou sœurs le ramènent dans son lit ; au réveil a toujours perdu complètement souvenir de ce qui s'est passé la nuit.

Dans sa 15^e année, ainsi que nous l'avons relaté plus haut, L... a plusieurs rapports sexuels à l'occasion desquels il remarque que, porteur d'un phimosis congénital très marqué, il lui est presque impossible de découvrir le gland, et que cette manœuvre est surtout gênée par une petite masse de végétations du volume d'un gros pois aplati, siégeant un peu à gauche de l'axe de la verge, dans le sillon balano-préputial, en avant.

Le 25 décembre 1880, contracte la syphilis, et nous n'avons pas à revenir sur les accidents relatés d'autre part. Le développement de cette diathèse ne modifie en rien les accès de somnambulisme qui continuent à se produire trois, quatre et même cinq fois par mois, quoique L.... ne se livrât pas à la masturbation. En mars 1882, travaillant pour le compte du maître forgeron qui l'employait, a la main droite prise dans un engrenage ; sur le coup perd connaissance, mais revient à lui rapidement ; puis, voyant l'état dans lequel se trouve sa main, tombe à terre en « jetant les yeux au ciel » et se débattant ; finalement devient « roide comme un piquet ; » lorsqu'au bout d'un certain temps il revient à lui, ne se souvient de rien : c'est la seule fois que pareil accident lui soit arrivé. Depuis lors, les accès de somnambulisme se sont espacés ; avant son entrée, L.... n'était plus sujet qu'à un ou deux par mois, et, jusqu'aujourd'hui, il n'en a pas présenté dans le service.

Description des attaques.

Durée. — Fort variable ; tantôt les attaques sont d'une heure seulement, tantôt elles atteignent trois et quatre heures ; une seule a persisté pendant cinq heures.

Intensité. — Egalement fort variable ; moins grande lorsque l'attaque est plus courte.

Fréquence. — Depuis le 7 décembre, où il y eut une série d'attaques, elles se sont reproduites tous les deux jours, sauf hier (16 décembre), où l'attaque a fait défaut.

Epoque. — Apparaissent plutôt la nuit, pendant le sommeil, ou dans la matinée.

Symptômes ; — 1^o prodrômes. — Si l'attaque débute pendant la veille, L.... éprouve une sensation de boule qui, partant de l'extrémité de la verge, remonte dans la région inguinale gauche, passe à la face postérieure du tronc en contournant l'os iliaque pour atteindre la colonne vertébrale, le long de laquelle elle s'élève jusqu'à la hauteur de la 6^e vertèbre dorsale ; de là, une sensation de chaleur subite, accompagnée de vertiges et de bourdonnements d'oreille, envahit la tête, et presque immédiatement les membres supérieurs et inférieurs ; à ce moment se produit la perte de connaissance.

2^o période d'état. — La face est congestionnée, les muscles des mâchoires contractés ; grincements de dents, prolongés pendant une demi-heure parfois ; les paupières sont closes, les pupilles moyennement dilatées, les globes oculaires convulsés en bas, sans déviation. Les grincements de dents cessent au bout d'un temps variable pour être remplacés par une série de cris rauques, inarticulés ; et l'attaque entre dans sa troisième période.

3^o période épileptoïde ; — a) phase tonique. — A la période précédente succède la phase tonique de la période épileptoïde, pendant laquelle tous les muscles du tronc sont contracturés en extension ; on soulève facilement L.... d'une seule pièce ; il est impossible de séparer les membres inférieurs qui sont en adduction forcée, les orteils fléchis ; les membres supérieurs ne peuvent de même être écartés du tronc contre lequel ils sont presque collés, les avant-bras en pronation forcée, les poings fermés, le pouce recouvrant les autres doigts.

b) phase clonique. — La phase tonique dure généralement peu, et ne tarde pas à faire place à une phase clonique. Tout le corps, moins la face, dont les muscles restent contracturés, devient le siège de convulsions souvent très-violentes : la tête est projetée à droite et

à gauche ; les membres supérieurs et inférieurs exécutent de grands mouvements, mais les premiers plus que les derniers. Circumduction ; flexion et extension rapide ; le corps décrit parfois un arc de cercle incomplet. Cette phase offre de temps en temps quelques rémissions pendant lesquelles apparaît du délire : L.... raconte qu'il est battu par son père ou ses frères et sœurs ; qu'il a volé une montre et l'a vendue pour quelques pommes ; qu'il est plongé dans une rivière où il sert de pâture aux poissons et aux écrevisses, etc., etc. Le délire n'apparaît que lorsque l'attaque est très-violente, et alors cette phase clonique, entrecoupée de délire, se prolonge souvent près d'une heure.

4° *Résolution et réveil.* — Au bout d'un temps variable, mais toujours en rapport avec l'intensité de l'attaque, L... entre en résolution ; cette période est parfois rapide, parfois plus lente : la face toujours congestionnée se couvre de sueur, la respiration devient lente, stertoreuse, et le réveil arrive plus ou moins vite ; il n'est marqué par aucun signe d'excitation triste ou gaie, tout au plus un peu de stupeur intellectuelle accompagnée d'amnésie complète persiste quelque temps. Après une attaque un peu prolongée, il y a émission d'une quantité assez grande d'urines claires, parfois un ou deux litres.

Température. — Elle s'élève peu à peu pendant l'attaque et atteint parfois 39° ; une fois même elle atteint 41°.

Pouls. — Varie aux différentes périodes ; petit et dur dans les premières, il devient plein et large dans la dernière : 100 à 70.

Respiration. — Fréquente d'abord, à inspirations rapides et superficielles, elle devient profonde et stertoreuse au moment de la période de résolution.

Examen du malade.

1° *Sensibilité générale ; — a) à droite.* — Anesthésie complète intéressant la peau et le système musculaire ; le pincement, la piqure, même profonde, ne sont pas sentis ; le contact d'un corps chaud ou froid est indifférent ; les yeux fermés, L... ne peut retrouver, avec

sa main gauche, ses membres du côté droit dont il ne peut indiquer la situation.

b) à *gauche*. — Hyperesthésie très-marquée qui persiste pendant les attaques ; ainsi une excitation de ce côté du corps se traduit par un réflexe violent qui amène une ou plusieurs convulsions, même pendant la période tonique.

2° *Sensibilité spéciale et organes des sens* ; — a) *vue*. — La muqueuse oculaire est sensible des deux côtés, plus à gauche pourtant ; les pupilles, un peu dilatées, sont égales ; l'accommodation est rapide, mais l'acuité visuelle semble beaucoup plus faible à *gauche* qu'à *droite* ; la vision de l'œil gauche aurait considérablement diminué depuis l'entrée à l'hôpital.

b) *odorat*. — Le sensibilité de la muqueuse olfactive est émoussée à droite, où le chatouillement ne provoque pas de réflexe ; normale à gauche. L'odorat est aboli à droite, et L... n'est pas sensible aux odeurs faibles, tabac, eau de Cologne, non plus qu'à celle de l'ammoniaque, tandis qu'il les perçoit très-bien à gauche.

c) *goût*. — La langue, un peu moins sensible à droite qu'à gauche, perçoit à peine la saveur du sel de cuisine à la pointe et à droite.

d) *ouïe*. — La sensibilité du conduit auditif externe est un peu moindre à droite qu'à gauche, mais ne présente pas d'hyperesthésie de ce côté ; les sons sont moins bien perçus à droite où le tic-tac d'une montre n'est plus entendu quand celle-ci est éloignée de 2 centimètres de l'orifice du conduit, à gauche, au contraire, il est perçu à 20 centimètres environ. L... qui n'a jamais eu de maladie d'oreille prétend toujours avoir entendu difficilement.

3° *Force musculaire*. — Fort diminuée ; à droite surtout ; ainsi L... qui n'est pas gaucher et est employé à des travaux propres à développer les forces musculaires n'amène, au dynamomètre de Sédillot que 22 kilogrammes à gauche et 16 seulement à droite.

4° *Fonctions des différents appareils*. — a) Les fonctions digestives sont bonnes, l'appétit normal ; les digestions faciles, ne s'accompagnant jamais d'éruptions, de pyrosis, de vomissements ou de borborygmes ; garde-robes ordinaires, selles régulières.

b) Le cœur ne présente pas de lésions ; les bruits sont réguliers, un peu lointains, mais sans mélange de bruits anormaux.

c) Les poumons sont sains, la percussion et l'auscultation ne révèlent rien de particulier.

Les autres organes sont également sains.

5° *Zone hystérogène, ses effets ; attaque provoquée.* — Entre les deux omoplates, à la hauteur de la cinquième et sixième vertèbre dorsale, L... possède une surface de l'étendue de deux pièces de cinq francs (Pl. I), insensible au contact et à la piqure ; une pression un peu forte et prolongée l'espace d'une demi-minute, sur cette surface, qui correspond à la zone hystérogène dorsale supérieure du Docteur P. Richer, détermine une attaque. L... perçoit une sensation de chaleur s'irradiant, du point excité, dans la tête qui se congestionne, et dans les membres ; il se produit quelques mouvements de déglutition, la perte de connaissance survient et le malade se laisse aller sur son lit. L'intensité d'une attaque provoquée, assez grande parfois, est pourtant moindre que celle de la plupart des attaques spontanées ; ainsi l'aura, les grincements de dents, les cris font défaut, mais les phases toniques et cloniques existent toujours, accompagnées rarement d'un peu de délire, qui est alors plutôt provoqué, L... répondant à tort et à travers aux questions posées. La compression de la zone hystérogène ou celle des testicules qui est douloureuse, n'a jamais amené l'arrêt d'une attaque soit spontanée, soit provoquée.

6° *Zones douloureuses, leurs effets.* — Outre une zone hystérogène, L... possède plusieurs zones douloureuses en dehors des attaques (Pl. I) : 1° à la tête, un peu au-dessous de la protubérance occipitale externe ; 2° au niveau du bord interne des plis du coude ; 3° à la face antérieure du poignet droit ; 4° au bord interne des creux poplités, au niveau de la patte d'oie. Pendant les attaques, l'excitation d'une quelconque de ces zones provoque, à toutes les périodes, des convulsions souvent très violentes ; si la zone est excitée pendant la période clonique, les mouvements s'exagèrent et acquièrent leur maximum d'intensité, de fréquence et d'étendue ; l'excitation

de la zone située sur le poignet droit provoque des convulsions plus violentes que celle des autres. Jamais l'excitation d'aucune de ces zones douloureuses n'a suffi pour provoquer une attaque, comme le fait celle de la zone située entre les deux épaules.

Diagnostic.

Attaques d'hystéro-épilepsie chez un sujet prédisposé.

18 décembre. — A eu cette nuit une attaque qui a duré sept quarts d'heure et a été presque aussi violente que les précédentes.

Dans l'examen qui a été fait hier, L... a parlé d'une petite masse de végétations qui existait il y a deux ans passés dans le sillon balano-préputial; il avoue n'avoir jamais essayé de s'en débarrasser; aussi, dans la pensée que les ulcérations de la verge seraient le résultat du développement exagéré de ces végétations et de l'accumulation de matière sébacée en arrière de phimosis, M. le Professeur Spillmann résoud de découvrir le gland.

Une incision, intéressant les deux ulcérations, est faite sur la face antérieure du prépuce dont les deux lambeaux sont rejetés à droite et à gauche; leur écartement permet de voir un énorme paquet de végétations disposées autour du gland, dans le sillon balano-préputial; le méat est libre; ces végétations, dont la masse atteint le volume d'un œuf de poule, sont recouvertes d'un enduit jaune grisâtre qui pénètre entre les anfractuosités séparant les lobules, et dégage une odeur repoussante; peu d'écoulement de sang. — Pansement avec alcool phéniqué étendu.

19 décembre. — Pas d'attaque; la plaie du prépuce n'a pas saignée, le gland se nettoie.

20 décembre. — Deux petites attaques spontanées d'un quart d'heure chacune environ.

23 décembre. — Une petite attaque le 21 et une le 22; la première a duré 20 minutes, la seconde 10, en outre ces attaques étaient très-atténuées: l'aura partant de la verge, quelques grincements de dents et quelques mouvements peu étendus avec un peu de contraction des muscles de la mâchoire et de la nuque, sans délire, en

constituent les seules manifestations. La plaie du prépuce est en bonne voie de guérison ; les ulcérations se détergent et les végétations, complètement nettoyées, n'exhalent plus aucune mauvaise odeur ; par contre L... se plaint de voir tout en jaune de son oeil gauche dont l'acuité visuelle baisse de plus en plus.

27 décembre. — Une attaque le 24 et une le 26, mais de très courte durée et d'une faible intensité. La plaie préputiale est presque cicatrisée ; les végétations n'ont pas changé d'aspect.

M. le Docteur Stœber, chef de clinique ophthalmologique, vient à la demande de M. le Professeur Spillmann, examiner L... au point de vue de la vision. L'acuité des deux yeux est diminuée, mais surtout celle de l'œil gauche ; à moins d'un mètre de distance, L... ne distingue pas, de l'œil gauche, le nombre des doigts qu'on lui présente ; lorsqu'on lui en montre cinq, il n'en voit que trois, un seul lorsqu'on lui en présente deux ; de l'œil droit au contraire il les distingue nettement de beaucoup plus loin.

L'œil gauche n'a plus la sensation des reliefs, et ne distingue pas les couleurs. On présente au malade, successivement puis ensemble, des écheveaux de laines diversement colorées, et voici le résultat de cet examen : l'orangé, le rouge clair, le rose, les différents jaunes, le blanc, paraissent jaune ; l'orangé et les jaunes semblent d'une teinte plus vive : « C'est tout jaune, tout jaune. » Le violet, l'indigo, le bleu, le vert foncé, le rouge ponceau, le brun, le gris foncé, sont vus noirs ; le lilas, le bleu pâle, les verts et les gris clairs, quelques soient les nuances, paraissent gris, plus ou moins foncé.

Le champ visuel examiné au périmètre du Docteur Landolt, donne pour résultat (Pl. II, *fig.* 1, et 2) : O. D. diamètre vertical, rayon supérieur 48, rayon inférieur 50 ; diamètre horizontal, rayon intérieur 50, rayon extérieur 65. O. G. diamètre vertical, rayons supérieur et inférieur, 20 ; diamètre horizontal, rayon intérieur, 20, rayon extérieur, 30.

L'examen des milieux de l'œil permet de constater qu'ils ne sont le siège d'aucune lésion, à droite ni à gauche.

L'ophthalmoscope montre le fond de l'œil droit normal ; celui de

l'œil gauche présente les lésions suivantes : les vaisseaux sont légèrement gonflés, les contours de la papille peu nets et comme entourés d'un léger nuage (exsudation séreuse) qui se fond peu à peu avec la choroïde, d'une teinte remarquablement pâle.

3 *janvier* 1883. — Trois attaques depuis le 27 décembre dernier ; le 27 et le 30 décembre, et le 1^{er} janvier. Fort courtes et peu intenses, ces attaques n'ont rien présenté de particulier. L'état général est le même ; persistance de l'anesthésie droite et de l'hyperesthésie gauche, avec diminution de la vue à gauche, et dyschromatopsie. La verge est en bon état ; pas d'accidents secondaires, malgré la suspension du traitement spécifique.

6 *janvier*. — Pas d'attaque depuis le 1^{er}, même état ; la pression sur la zone hystérogène en détermine une qui présente les caractères modifiés des attaques spontanées ; les phases tonique et clonique, fort courtes, sont suivies d'une période comateuse qui se prolonge près de trois-quarts d'heure.

10 *janvier*. — Petite attaque d'un demi-heure dans la nuit du 7 au 8, sans rien de particulier ; au réveil il ne reste aucun souvenir de ce qui s'est passé. Attaque provoquée ; mêmes caractères que le 6 janvier. Pas de changement dans l'état de la sensibilité générale ou de la sensibilité spéciale.

13 *janvier*. — Pas de nouvelle attaque ; pas de modifications.

17 *janvier*. — Attaque d'une demi-heure environ le 14, sans rien de particulier ; début, comme dans toutes les attaques spontanées, caractérisé par une aura suivie de grincements de dents ; les cris ont disparu et les différentes phases, beaucoup moins intenses qu'autrefois, deviennent de plus en plus courtes.

20 *janvier*. — Pas d'attaque nouvelle ; même état. M. le Professeur Bernheim examine L. . . . auquel il reconnaît tous les signes de l'hystéro-épilepsie, et confirme le diagnostic de M. le Professeur Spillmann. Il essaye d'hypnotiser L. . . . qui met le plus mauvais vouloir à se prêter à l'expérience. Une pression sur la zone hystérogène détermine une attaque qui se déroule comme toutes les atta-

ques provoquées précédentes ; seulement elle est un peu plus forte, les différentes périodes sont plus accentuées et se prolongent davantage ; toutefois il n'y a pas de délire, ni spontané, ni provoqué par les questions que l'on pose ; l'excitation des zones douloureuses augmente les convulsions ; la piqûre du côté hyperesthésié détermine de violents réflexes. La période comateuse est de près de trois-quarts d'heure, ce qui donne à l'attaque une durée totale d'une heure.

22 janvier. — Pas de nouvelle attaque. M. le Professeur Weiss débarrasse L... de ses végétations ; l'opération, commencée au thermo-cautère, est achevée aux ciseaux courbes. Hémorragie capillaire assez notable ; pansement à l'iodoforme.

24 janvier. — Pas d'attaque, mais ce matin monoplégie du bras gauche. Hier soir, L... s'est endormi sans rien présenter de particulier, et la nuit a été tranquille. Aucun mouvement du membre n'est possible, pourtant les excitations (piqûre, pincement) sont perçues, mais sans déterminer de douleur ; analgésie succédant à l'hyperesthésie. Rien au membre inférieur du même côté. La verge n'est pas enflammée et a bon aspect. Appliquer un aimant sur la face antérieure de l'avant-bras gauche ; continuer le pansement à l'iodoforme.

25 janvier. — Pas d'attaque ; quelques petits mouvements du bras gauche sont possibles ; persistance de l'analgésie. Continuer l'application de l'aimant.

26 janvier. — Pas d'attaque ; la monoplégie du bras gauche a disparu ainsi que l'analgésie qui a été de nouveau remplacée par de l'hyperesthésie. L... prétend ressentir une amélioration de la vue ; il distingue le fond de la salle qu'il ne voyait pas auparavant ; mais lorsqu'on lui présente des papiers différemment colorés, ses désignations sont trop hésitantes pour que l'on puisse affirmer qu'il y ait diminution de la dyschromatopsie. Continuer l'application de l'aimant.

27 janvier. — Pas d'attaque ; même état général. La plaie due à l'ablation des végétations est en bonne voie. Continuer l'iodoforme.

31 *janvier*. — Pas d'attaques depuis l'excision des végétations ; la monoplégie brachiale a disparu sans retour, et l'amélioration de la vision persiste, quoique les couleurs soient toujours peu nettes. L'examen de la sensibilité permet de constater que l'hyperesthésie gauche est toujours très-marquée ainsi que l'anesthésie droite. M. le Professeur Spillmann, détermine une attaque qui diffère de la plupart des attaques provoquées, même les moins intenses, en ce qu'elle n'offre ni phase tonique, ni phase clonique : au bout d'une minute de pression énergique sur la zone hystérogène la face se congestionne, les mâchoires se serrent, L.... fait quelques mouvements de déglutition, et perdant connaissance se laisse aller sur son lit ; malgré l'excitation des zones douloureuses il ne se produit ni convulsions, ni contractures, et la résolution reste complète. Au bout de cinq minutes, après un mouvement d'hésitation, L.... sans avoir repris connaissance, répond aux questions qu'on lui pose : « Assieds-toi sur ton lit. — Je ne peux pas. — Pourquoi ne te réveille-tu pas ? — Je ne peux pas. » La face, en commençant par le front, ne tarde pas à se couvrir de sueur, et le réveil survient au bout de dix minutes. L.... se souvient des ordres qu'on lui a donné, mais dit qu'il lui était impossible d'y obéir.

3 *février*. — Pas d'attaque ; même état général ; pourtant il semblerait que l'hyperesthésie gauche diminue, surtout à la face antérieure de l'avant-bras, lieu d'application de l'aimant ; pas de modification de l'anesthésie droite. Continuer l'application de l'aimant. La plaie de la verge est presque cicatrisée ; pansement au vin aromatique.

7 *février*. — Rien de nouveau.

10 *février*. — Hier soir les malades de la salle se sont amusés à différents jeux, entre autre, ils ont simulé une mise en jugement. L.... qui s'était couché assez surexcité se lève vers 3 heures du matin, s'habille, prend une chaise qu'il met sur la table et s'asseyant dessus : « Maintenant nous allons juger ! » dit-il. Il est insensible aux excitations (lumière promenée devant sa figure, piqure, pincement) ; ramené auprès de son lit, il reste immobile pendant près

d'un quart d'heure ; puis, les yeux toujours fermés, se dirige vers la porte de la salle ; on le ramène une seconde fois à son lit, auprès duquel il reste immobile encore pendant une dizaine de minutes, puis se déshabille et se recouche ; au réveil, ne se rappelle rien. L'examen de la sensibilité générale et spéciale ne présente rien à noter, et l'amélioration constatée depuis quelques jours se maintient ; la diminution de l'hyperesthésie gauche s'est même accentuée, et l'anesthésie droite se modifie ; elle n'est plus que de l'analgésie. Continuer l'application d'aimant.

13 février. — Rien de nouveau ; la sensibilité est presque normale à gauche, encore un peu affaiblie à droite ; la vision continue à s'améliorer, mais les couleurs sont toujours mal reconnues. Séance d'hypnotisme (Voir plus loin).

14 février. — Rien de nouveau ; pas de malaise à la suite de la séance d'hypnotisme d'hier.

17 février. — Pas d'attaque ni d'accès de somnambulisme ; nouvelle séance d'hypnotisme.

19 février. — Rien de nouveau. L'examen ophtalmoscopique est de nouveau pratiqué par M. le Docteur Stœber, et donne les résultats suivants : à l'échelle Monnoyer lit de l'œil gauche des deux lignes inférieures, d'où acuité visuelle = 0, 2 ; O. D. = 1. L'examen au périmètre du Docteur Landolt donne les résultats suivants (Pl. II, fig. 3 et 4) : O. D. diamètre vertical, rayon supérieur 60, rayon inférieur 70 ; diamètre horizontal, rayon intérieur 65, rayon extérieur 90 ; diamètre oblique intérieur, rayon supérieur 70, rayon inférieur 90 ; diamètre oblique extérieur, rayon supérieur 63, rayon inférieur 60. O. G. diamètre vertical, rayon supérieur 35, rayon inférieur 40 ; diamètre horizontal, rayon intérieur 40, rayon extérieur 30 ; diamètre oblique intérieur, rayon supérieur 40, rayon inférieur 40 ; diamètre oblique extérieur, rayon supérieur 35, rayon inférieur 40. — Au point de vue de la dyschromatopsie on constate que le vert foncé et le rouge ponceau paraissent noirs ; le rouge clair seul est reconnu ; le bleu des teintes très-claires est reconnu ; sommes toutes, peu de différences avec l'examen précédent.

A l'ophthalmoscope l'œil droit est reconnu normal, tandis que la papille de l'œil gauche a les bords extrêmement confus, entourés d'un nuage (exsudation séreuse) et ses vaisseaux sont un peu congestionnés.

Séance d'hypnotisme.

20 février. — Rien de nouveau, continuer les applications d'aimant.

21 février. — Rien de nouveau. Ce matin M. le Professeur Spillmann détermine une attaque qui, pour se produire, exige pendant une minute et demie l'excitation de la zone hystérogène à l'aide d'une pression énergique accompagnée de frictions; au bout de ce temps, irradiation de chaleur à la tête et dans les membres, mouvements de déglutition, perte de connaissance pendant 4 minutes; ne répond pas aux questions; l'excitation des zones douloureuses, en particulier celle de la zone du poignet droit amène de violentes convulsions toniques qui cessent aussitôt que l'excitation prend fin et font place à une résolution complète. Les pupilles sont dilatées, les globes oculaires convulsés en bas, sans déviation.

Nouvel examen de la vision.

L.... a déjà été examiné deux fois au point de vue ophtalmoscopique, mais profitant des ressources que nous offre la Faculté et la bienveillance de M. le Professeur Charpentier, nous avons cru bien faire en procédant à un nouvel examen, qui, tout en confirmant les données cliniques des deux précédents nous fournit des données mathématiques précieuses.

1° *Acuité visuelle.* — O. D. = 1 ; O. G. = $\frac{1}{3}$ (optomètre de Badal); pas d'anomalie sensible de réfraction.

2° *Champ visuel.* — O. D. = normal ; O. G. diamètre vertical, rayon supérieur 35, rayon inférieur 30 ; diamètre horizontal rayon intérieur 47, rayon extérieur 40 ; diamètre oblique intérieur, rayon supérieur 40, rayon inférieur 35 ; diamètre oblique extérieur, rayon supérieur 32, rayon inférieur 30. (Périmètre de Landolt; Pl. III fig. 1, 2.)

3° *Sensibilité des couleurs.* — Elle est examinée par la méthode

de M. le Professeur Charpentier, qui consiste à déterminer le minimum d'intensité lumineuse qu'il est nécessaire de donner à une couleur pour qu'elle soit perçue ; cette intensité est proportionnelle à l'étendue de l'ouverture d'un diaphragme qui empiète plus ou moins sur une lentille convexe. Voici les côtés du diaphragme trouvés pour chacune des couleurs suivantes (les unités représentent des millimètres) :

	O. D.	O. G.	N.
Rouge,	3,5	12,5	3,5
Jaune,	1,5	5,5	1,5
Vert,	2	9	2
Bleu,	5	24	5

L'œil droit était absolument normal, comme on peut s'en convaincre par le rapprochement des chiffres de la première et de la troisième colonne du tableau ci-dessus qui sont identiques, aussi va-t-il nous servir de point de comparaison.

Pour déterminer la valeur relative de l'œil pour chacune des couleurs, nous élevons au carré les nombres précédents et nous prenons leur rapport inverse par comparaison avec l'œil normal ; nous trouvons ainsi que la sensibilité de l'œil gauche est pour les quatre couleurs que nous avons étudiées :

	O. D.	O. G.
Rouge,	3,5 = 12	12,5 = 156
Jaune,	1,5 = 2	5,5 = 30
Vert,	2 = 4	9 = 81
Bleu,	5 = 25	24 = 576

La suite des calculs précédemment indiqués nous donne : rouge = $\frac{12}{156}$; jaune = $\frac{2}{30}$; vert = $\frac{4}{80}$; bleu = $\frac{25}{576}$; soit, par réduction, rouge = $\frac{8}{100}$; jaune = $\frac{6}{100}$; vert = $\frac{5}{100}$ et bleu = $\frac{4}{100}$ de la perception normale des couleurs.

4° *Examen ophthalmoscopique.* — Les milieux antérieurs ne sont le siège d'aucune lésion ; le fond de l'œil présente une exudation

séreuse qui rend la papille peu nette et les vaisseaux, particulièrement les veines, sont dilatés.

Après cet examen, l'aimantation interrompue de l'œil gauche est pratiquée, pendant un quart d'heure, de la manière suivante : application sur les paupières, à l'angle externe de l'œil, d'un faisceau de fils de fer entouré d'une bobine dans laquelle passe le courant d'une pile Planté, interrompu par un trembleur de Gaiffe. L'examen de l'œil est ensuite de nouveau pratiqué, et l'on constate :

1° L'acuité visuelle de l'œil gauche, mesurée à l'optomètre de Badal, est redevenue normale, de $\frac{1}{3}$ qu'elle était.

2° Le champ visuel est généralement élargi : l'examen au périmètre de Landolt donne les résultats suivants pour ce même œil gauche (Pl. III, *fig.* 3) : diamètre vertical, rayon supérieur 40, rayon inférieur 42 ; diamètre horizontal, rayon intérieur 55, rayon extérieur 42 ; diamètre oblique intérieur, rayon supérieur 45, rayon inférieur 35 ; diamètre oblique extérieur, rayon supérieur 47, rayon inférieur 50.

3° L'examen de la perception des couleurs (méthode du minimum perceptible) donne, pour les ouvertures du diaphragme, les nombres suivants :

	O. D.	O. G.	N.
Rouge,	3	6,5	5
Jaune,	3	8	3
Vert,	3	6	3
Bleu,	4	7	4

En faisant les calculs indiqués précédemment, on trouve : *a*) que la sensibilité chromatique de l'œil droit n'a pas varié d'une manière notable, ce qui permet de continuer à le prendre comme terme de comparaison ; *b*) que la même sensibilité de l'œil gauche, rapportée à celle de l'œil droit, est devenue pour le rouge $\frac{32}{100}$, pour le jaune $\frac{14}{100}$, pour le vert $\frac{25}{100}$ et pour le bleu $\frac{21}{100}$. La perception du bleu et du vert est donc devenue cinq fois meilleure qu'avant l'aimantation,

celle du rouge quatre fois et celle du jaune cinq fois et demie ; l'examen périmétrique n'accusait pas ce résultat aussi bien.

22 février. — Rien de nouveau, l'amélioration persiste ; séance d'hypnotisme.

23 février. — Réveillé trop rapidement, a eu quelque malaise à la suite de la séance d'hypnotisme d'hier. Rien d'autre à signaler.

24 février. — Nouvelle séance d'hypnotisme.

28 février. — Rien de nouveau. Est présenté à la Société de Médecine par M. le Professeur Spillmann ; séance d'hypnotisme par M. Dumont, chef des travaux du laboratoire de physique ; attaque provoquée par l'excitation de la zone hystérogène ; contractures violentes déterminées par celle des zones douloureuses.

4 mars. — Rien à signaler de particulier depuis le 28 février.

Hypnotisme.

L.... soumis à six hypnotisations successives (1) a présenté les phénomènes suivants, reproduits devant la Société de Médecine de Nancy à l'issue de sa séance du 28 février, dans laquelle, il fut le sujet d'une présentation de M. le Professeur Spillmann.

Première séance ; 13 février. — Le malade manifeste pendant la première tentative une appréhension sur les dangers de l'opération ; il craint des effets analogues à ceux qu'ont produit sur lui le chloroforme employé précédemment dans un but chirurgical ; n'éprouve qu'un léger assoupissement au bout de cinq minutes ; déclare cependant percevoir une vive chaleur sur les points dont l'opérateur approche la main en lui suggérant l'idée de cette sensation.

Deuxième séance ; 17 février. — Après huit minutes d'hypnotisation, la léthargie se manifeste nettement, avec tendance à la catalepsie. La main, vers la face dorsale de laquelle l'opérateur dirige l'index, à une distance d'environ cinq centimètres, est attirée lentement et suit tous les mouvements de ce doigt.

(1) L'hypnotisme a été provoqué par la fixation de l'œil de l'opérateur, comme point brillant.

Les membres conservent les différentes positions dans lesquelles on les maintient pendant quelques instants.

Quelques passes à distance sur les extenseurs provoquent une contracture qui cesse dès qu'on promène la main devant les fléchisseurs, dont l'action se manifeste alors.

Pendant cette expérience et les suivantes, les paupières sont fermées par l'opérateur ; quand on les ouvre, le globe oculaire apparaît convulsé en bas sans déviation latérale.

Le malade réveillé au bout de 24 minutes déclare ne se souvenir de rien ; il n'exécute pas la suggestion de boire un verre d'eau faite une seule fois pendant le sommeil.

Troisième séance ; 19 février. — 6 minutes d'hypnotisation ; léthargie ; catalepsie ; les mouvements exécutés par l'opérateur (rotation des bras, balancement des jambes ou de la tête) sont, après de longs efforts apparents, fidèlement reproduits par le malade qui exécute de même ce qu'on lui commande en insistant. L'hyperesthésie du côté gauche a disparu ; l'index de l'opérateur est dirigé à 0^m,50 environ du front du malade qui, au bout de quelques minutes, fait de violents efforts pour se lever, mais n'y peut parvenir. Il ne répond à aucune des questions qui lui sont posées à haute voix ; une légère friction du vertex n'amène pas la somniloquie ; des bruits violents près de son oreille ne provoquent qu'un léger mouvement de la tête. On lui dit que ses cheveux brûlent et il pousse des gémissements sans faire aucun mouvement de défense. L.... est réveillé au bout de 35 minutes.

Quatrième séance ; 22 février. — Mêmes phénomènes que précédemment. Le malade se lève pour suivre le doigt présenté à 0 m. 50 de son front.

La somniloquie est rapidement provoquée par la friction du vertex. Le contact de la main avec des objets usuels, (allumettes, clefs) ne détermine pas le somnambulisme. Réveillé au bout de 30 minutes, le malade dit ne pas se souvenir des objets qui ont été présentés.

Cinquième séance ; 24 février. — Interrogé pendant le sommeil

par M. le Professeur Spillmann, le malade le reconnaît, dit qu'il est dans son lit et se plaint de douleurs à la verge. M. Spillmann lui suggère l'idée de demander à son réveil du quinquina à la sœur du service. Réveillé, L... se souvient qu'on a parlé de quinquina mais ne peut dire qui.

Il a dans la journée demandé du quinquina à la Sœur.

Sixième séance ; 27 février. — Cette séance a été consacrée à l'examen des effets produits par l'application, pendant le sommeil provoqué, des plaques de Burq sur la face dorsale de la main droite.

a) *Cuivre.* — Au bout de 20 secondes se manifeste une vive agitation du membre supérieur droit, suivie bientôt d'une agitation à gauche.

b) *Acier.* — La plaque appliquée pendant plusieurs minutes ne provoque aucun phénomène apparent.

c) *Etain.* — Au bout de 33 secondes, de légers mouvements sont bientôt suivis d'une contracture du membre; cette contracture cesse dès que la plaque est enlevée.

d) *Zinc.* — Appliquée pendant 40 secondes, la plaque détermine des mouvements convulsifs de pronation et de supination avec de rapides inspirations et des signes de douleur. La contracture persiste quelques secondes après l'éloignement de la plaque.

Une pièce de 5 francs en argent est supportée avec de légers tremblements de l'avant-bras; au bout d'une minute les mouvements s'accroissent, la pièce est projetée à terre et les tremblements cessent.

Une pièce de 20 francs est tolérée pendant 70 secondes, puis le malade retire la main de façon à la rentrer en grande partie dans la manche de son vêtement. L'immobilité se rétablit alors.

DIAGNOSTIC

L'observation de L... présentée dans les plus grands détails nous le fait voir, atteint d'hystéro-épilepsie ; mais son cas est trop complexe pour que nous ne soyons tenu de justifier ce diagnostic.

Lorsqu'un syphilitique est pris tout à coup d'accidents nerveux graves, la première idée qui se présente à l'esprit de l'observateur est qu'il se trouve en présence de manifestations liées à la syphilis cérébrale. La diathèse syphilitique se localise en effet sur l'encéphale et développe à n'importe quelle époque de son évolution, des manifestations bruyantes relevant soit de la méningo-encéphalite hyperplasique, soit de gommes qui constituent de véritables tumeurs cérébrales. Notre malade, nous dira-t-on, étant donné l'époque de l'apparition des premiers accidents, se trouve plutôt dans la période secondaire de la syphilis et dès lors il est peu probable que nous soyons en présence de phénomènes morbides, liés à des lésions qui appartiennent particulièrement à la période tertiaire. En thèse générale, la chose est vraie, et admise par le plus grand nombre des auteurs, mais l'observation clinique a démontré que les accidents cérébraux d'origine syphilitique peuvent être précoces et empiéter sur la période secondaire. C'est ainsi que ces accidents ont été observés dans le courant

de la seconde ou de la première année de la maladie, voire à partir du 7^e du 6^e ou du 5^e mois. Nous citons textuellement Fournier (*La syphilis du cerveau*). Ajoutons toutefois que ces accidents sont alors liés surtout à l'endarthérite syphilitique et non pas aux lésions profondes que nous citions tout à l'heure. La plus saine logique, étant donné les antécédents spécifiques du jeune L... commandait donc de rattacher les crises convulsives qu'il présenta à partir du 6 décembre dernier à la diathèse syphilitique bien et dûment reconnue.

Et cependant, était-ce là la vérité ? La pierre de touche en pareille circonstance, le traitement hydrargyrique, reste sans effet ; non seulement il ne fait pas disparaître les crises, mais il ne les atténue même pas. D'autre part la marche des accidents était loin de cadrer complètement avec celle de l'épilepsie syphilitique. L... en effet, n'a pas été tourmenté de cette céphalée hémicranienne nocturne si tenace dont l'importance comme signe précurseur de la syphilis du cerveau est généralement reconnue ; l'intervalle des crises le laisse, à part un peu de fatigue, complètement maître de lui ; un signe de haute valeur, la monoplégie brachiale gauche disparaît en moins de trois jours. Enfin, l'étude attentive de cette prétendue forme épileptique de la syphilis cérébrale démontre que les attaques n'offrent point le caractère de l'épilepsie pure : d'autres symptômes s'y trouvent associés. Le doute était donc permis, d'autant plus que ces symptômes d'une interprétation difficile dans l'espèce, rapportés à leur véritable cause se trouvaient enchainés les uns aux autres de manière à constituer un tableau clinique facile à reconnaître et complet.

Mais après avoir écarté toute idée de relation, même lointaine, entre la diathèse syphilitique et les attaques de notre malade, il nous importait de savoir si nous n'avions pas à faire à un épileptique vulgaire. Ici encore il ne nous était

pas permis de nous arrêter. L... n'a présenté en effet dans son passé aucune des manifestations caractéristiques de l'épilepsie, soit dans sa forme atténuée, soit dans sa forme à grand fracas, et, d'autre part, l'étude approfondie de ses attaques nous les fait voir trop différentes du type si nettement arrêté de l'attaque épileptique pure pour que l'on ait pu chez lui porter le diagnostic *épilepsie*. Mais notre malade, en outre de ses attaques, présente un certain nombre de symptômes qui n'ont aucun rapport avec l'épilepsie, et sont au contraire les stigmates d'une autre névrose, bien étudiée dans ces derniers temps surtout : l'hystéro-épilepsie. Toutefois avant de démontrer, preuves en main, la justesse de ce diagnostic, il nous importe d'établir ce que l'on entend par cette dénomination.

L'hystéro-épilepsie est une névrose dont les manifestations convulsives « revêtent successivement les apparences de l'hystérie et de l'épilepsie : il semble y avoir mélange des deux névroses. » Elle est considérée comme « une forme grave de l'hystérie, dans laquelle la convulsion de forme épileptique apparaîtrait comme elle paraît dans tant d'autres affections du système nerveux, à titre d'élément accessoire, sans rien changer à la nature de la maladie primitive. » (P. Richer, *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie*.) Voyons maintenant les signes auxquels on reconnaît cette affection.

Ce qui caractérise d'une façon absolue le tableau de la grande hystérie, ce sont : 1° la modalité spéciale des attaques ; 2° les signes objectifs suivants : *a*) l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; *b*) le retrécissement du champ visuel ; *c*) la dyschromatopsie poussée parfois jusqu'à l'achromatopsie ; *d*) l'existence de zones hystérogènes et de zones douloureuses.

Si un malade, fut-ce un homme, réunit ces symptômes, dits objectifs, parce qu'ils ne sont généralement pas accusés

et qu'il faut les trouver, peut-on lui nier la qualité d'hystérique ? Eh bien, tel est le cas de notre jeune homme. Aussi quelque séduisante et vraisemblable qu'ait pu au premier abord paraître l'idée de syphilis cérébrale, on devait s'incliner devant l'autorité des preuves multiples démontrant chez lui, jusqu'à l'évidence, l'existence de l'hystéro-épilepsie. Etudions maintenant chacun de ces symptômes en détail.

I. *Attaques.* — Dès le premier symptôme la modalité particulière de l'affection de notre malade apparaît ; l'attaque hystéro-épileptique, malgré ses nombreuses modifications, peut en effet se rapporter à un type unique. Ce type, si bien établi par le Docteur P. Richer, se compose d'un certain nombre de périodes, qui, à vrai dire, existent toutes rarement chez un même malade, mais dont l'ordre de succession est toujours le même. Tout d'abord se présente une série de manifestations telles que celles constatées chez L.... : bourdonnements d'oreille, aura, grincements de dents, cris, etc., qui constituent une première période à laquelle succède une période épileptoïde comprenant des phases toniques et cloniques très marquées chez lui. Par contre la troisième période, dite des attitudes passionnelles, fait complètement défaut dans notre cas, c'est ce qui explique le mélange qui existe parfois entre la période de délire qui est la quatrième et la période épileptoïde.

Comme on le voit, L.... ne présente dans ses attaques que trois des périodes caractérisant les attaques de l'affection qui nous occupe. Faudrait-il conclure, parce que nous n'avons pas constaté chez lui d'attitudes passionnelles que ses attaques ne relèvent pas de cette névrose ? Evidemment non, et pour peu qu'on jette un regard sur les observations publiées par l'Ecole de la Salpêtrière, il sera facile de se convaincre du

peu de fondement de cette objection. Rarement, en effet, les manifestations de l'attaque sont aussi complètes, et ce n'est que par la comparaison de différents malades que le Docteur Richer est arrivé à tracer ce tableau complet. Ce n'est point, d'ailleurs, sur la modalité particulière des phénomènes, que nous tenons surtout à nous appuyer pour justifier notre diagnostic, et, si nous n'avions pour nous couvrir que ce symptôme, nous ne saurions comment nous sauvegarder des objections. Mais, comme nous l'avons déjà dit plus haut, L. . présente une série de signes, véritables stigmates de l'hystérie, qui mettent hors de doute l'existence de cette affection chez lui, et à l'étude approfondie desquels nous allons nous livrer.

II. *Hémianesthésie*. — A elle seule l'hémianesthésie n'est pas la caractéristique de l'hystérie. Quoiqu'en pense Briquet, qui a bien observé ce symptôme, nous savons que l'hémianesthésie peut se produire dans le cas de lésion cérébrale : les travaux de Turck et de Charcot en font foi ; il a même été possible de localiser le siège de cette lésion dans le tiers postérieur de la capsule blanche interne. Il est vrai, des lésions, siégeant sur d'autres régions de l'encéphale, peuvent déterminer également ce syndrome clinique : c'est ainsi que dans sa thèse inaugurale, le Docteur Couty, actuellement professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro, démontre l'hémianesthésie de cause mésocéphalique et l'étudie. Mais là ne s'arrête pas le domaine de l'hémianesthésie : depuis les expériences de M. le Professeur Brown-Séquard qui l'ont amené à reconnaître des troubles fonctionnels produits à distance par une lésion limitée à un département quelconque de l'encéphale, véritables troubles sympathiques, on admet que les conducteurs de la sensibilité peuvent être frappés d'inertie dans leur trajet à travers la capsule interne à la suite d'un

trouble organique ou simplement fonctionnel d'une partie éloignée des centres nerveux céphaliques. Cette conception permet de comprendre les hémianesthésies d'origine cérébrale qui ne sont amenées par aucune lésion organique de la capsule blanche interne ; l'autopsie dans ce cas ne révèle rien, ou permet seulement de constater une altération siégeant sur un point qui n'a aucun rapport de contiguïté avec le carrefour des fibres sensitives.

Il ne paraît pas en être autrement de l'hémianesthésie hystérique. En effet, on remarque que ce symptôme se produit à la suite d'impressions morales vives ou bien après les grandes attaques. Une perturbation nerveuse d'une partie ou de la totalité de l'encéphale, peut alors avoir lieu ; et, au moment où les conducteurs de la sensibilité, par suite du retour de l'action physiologique des groupes cellulaires qui leur commandent, doivent reprendre leurs fonctions, ils restent frappés d'inertie dans une moitié de l'encéphale.

Le caractère particulier de cette hémianesthésie est : 1° de frapper tous les modes de la sensibilité générale ; 2° de s'accompagner presque constamment de la perte de la sensibilité spéciale ; aussi est-elle communément désignée sous le nom d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Le fait que notre malade a présenté ce mode de perversion de la sensibilité, ne prouve donc pas à lui seul qu'il est hystérique, et c'est même ce qui d'abord a égaré le diagnostic. Nous avons vu, en effet, à plusieurs reprises, dans le service de M. le Professeur Bernheim, une femme de 46 ans, notoirement syphilitique et nullement hystérique qui, à la suite de crises épileptiformes unilatérales, présentait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Le mercure diminua beaucoup la fréquence et l'intensité des crises convulsives, mais l'hémianesthésie persista pour ne céder qu'à l'applica-

tion des aimants. M. le Professeur Bernheim a considéré avec raison que, dans ce cas, les accidents épileptiques étaient dus à des lésions cérébro-méningées diffuses ou à des gommes siégeant au voisinage des centres psycho-moteurs du côté droit ; l'hémianesthésie s'était produite par l'action à distance de ces lésions sur les faisceaux sensitifs du tiers postérieur de la capsule blanche interne dont la conductibilité se trouvait abolie. La justesse de cette hypothèse est démontrée, dans ce cas, par l'inefficacité du traitement spécifique et l'action thérapeutique de l'application d'un aimant, qui avait ramené le retour de la sensibilité, nullement détruite mais simplement suspendue.

S'il est vrai que L... put être frappé, comme la malade de M. le Professeur Bernheim, d'hémianesthésie à la suite de convulsions épileptiformes dues à la syphilis cérébrale, l'étude attentive de son histoire, la diminution des crises à la suite d'un traitement chirurgical, protestent contre cette hypothèse.

Il paraîtra bizarre que dans notre cas l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle porte sur le tact, l'odorat, le goût et l'ouïe d'un côté et sur la vue du côté opposé. Cette hémianesthésie est en effet caractérisée par l'abolition des divers modes de sensibilité générale et spéciale de toute une moitié du corps puisque l'on admet qu'elle est due à un trouble fonctionnel du tiers postérieur de la capsule blanche interne, carrefour de toutes les fibres sensitives. Si donc l'amblyopie et le rétrécissement du champ visuel sont dus à un même trouble cérébral que les autres manifestations de l'hémianesthésie, ou bien ils doivent exister du même côté que l'anesthésie, ou bien, s'ils se trouvent du côté opposé, il doit exister une modification anatomique des conducteurs sensitifs du nerf

optique, qui sont déviés de leur trajet normal. On n'ignore pas que c'est grâce à la décussation antérieure dans le chiasma et postérieure dans les tubercules quadrijumeaux (Charcot) qu'une lésion de la capsule interne produit de l'amblyopie croisée : si cette amblyopie est directe par rapport à la modification intra-cérébrale, et croisée par rapport à l'hémianesthésie, il serait permis de supposer que la décussation n'existe pas ici et que les fibres nerveuses passent directement du nerf optique d'un côté dans la bandelette optique et dans la capsule interne correspondantes. Dans le cas qui nous occupe, l'amblyopie unilatérale de l'œil gauche nous paraît donc appartenir réellement à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit ; à la périphérie ces deux signes sont dissociés, mais dans la profondeur des centres nerveux, ils reconnaissent pour cause un même trouble fonctionnel des conducteurs sensitifs. Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'insister sur ce fait et, grâce au schéma de Charcot, l'explication que nous venons de donner sera saisie le plus facilement du monde ; mais ce n'est là qu'une pure hypothèse.

III. *Troubles de la vision.* — 1^o *Retrécissement du champ visuel et diminution de l'acuité visuelle.* — Il est actuellement démontré que le retrécissement du champ visuel et la diminution de l'acuité de la vue ne sont pas non plus des manifestations dues à la seule hémianesthésie hystérique : c'est ainsi qu'on les a signalés chez les alcooliques (Magnan), les saturnins (Vulpian et Raymond), dans le cas de lésion cérébrale organique à la suite de la fièvre typhoïde (Calmettes), de brûlures étendues (Duret). La constatation de ces troubles de la vision ne peut donc pas imposer le diagnostic d'hystérie ; ils sont dus en effet à l'abolition des fonctions des conducteurs de la sensibilité spéciale qui d'après des hypothèses plus ingé-

nieuses que bien démontrées, mais cependant très vraisemblables, se joindraient aux conducteurs de la sensibilité générale dans le carrefour du tiers postérieur de la capsule blanche interne.

2° *Dyschromatopsie*. — Nous pouvons en dire autant de la perception des couleurs chez les hystériques. Là également il y a un rétrécissement du champ visuel qui chez notre malade n'est que de la dyschromatopsie, mais parfois va jusqu'à l'achromatopsie totale, l'œil ne voyant plus les objets qu'avec une teinte grise ou sépia uniforme. Il est vrai, dans le cas que nous discutons, il serait possible de nous objecter que ces troubles de la vue (rétrécissement du champ visuel, diminution de l'acuité de la vision et dyschromatopsie) sont liés à la lésion du fond de l'œil gauche constatée à l'examen ophtalmoscopique et non point à l'existence de l'hystérie. Nous ne pouvons mieux faire que de nous mettre à couvert derrière l'autorité de M. le Professeur Landolt qui répond pour nous : « Dans le cas où les fonctions de la rétine sont très-réduites, quand, par exemple, l'œil malade compte à peine les doigts, qu'une achromatopsie partielle ou totale se manifeste sur l'œil malade et que le champ visuel est limité à quelques degrés autour du point de fixation, alors on constate quelquefois à l'ophtalmoscope des lésions de la rétine : dilatation des vaisseaux et exsudation séreuse. » N'est-ce point là le fait même de notre malade ?

D'un autre côté, au cours de l'examen pratiqué par M. le Professeur Charpentier, nous avons été frappé de l'amélioration sensible de la vision de l'œil gauche au bout d'un quart d'heure d'aimantation interrompue. En serait-il ainsi dans le cas où les troubles visuels, au lieu d'être simplement fonctionnels, se trouveraient effectivement liés aux lésions révélées par l'examen du fond de l'œil ? Non assurément ; aussi

nous est-il permis de croire que ces lésions ne tarderaient pas à disparaître sous l'influence de ce traitement, et nous ne doutons pas que M. le Professeur Charpentier qui doit continuer ses expériences à ce point de vue, n'arrive à une amélioration réelle et durable.

D'ailleurs l'hémianesthésie de cause cérébrale, avec amblyopie, s'accompagne souvent d'hémianopsie, et dans ce cas on trouve un certain degré de rétrécissement concentrique du champ visuel qui, il est vrai, prédomine alors du côté de l'hémianesthésie. « L'amblyopie, dit Ch. Féré, dans les *Archives de Neurologie*, est le seul trouble visuel que l'on puisse rencontrer chez les hystériques, malgré les faits en apparence contradictoires cités par Bellouard et Rosenthal; il n'existe pas d'observations prouvant l'existence de l'hémianopsie d'origine hystérique. »

Or, L.... n'a pas eu d'hémianopsie; chez lui ce symptôme a fait défaut, comme cela arrive constamment chez les hystériques, aussi, à défaut de preuve positive, ce fait constitue un élément diagnostique d'une valeur relative incontestable.

IV. *Zones hystérogènes et zones douloureuses.* — Nous voici arrivé à une preuve péremptoire de l'hystérie chez notre malade. M. le Professeur Spillmann a, à différentes reprises, relevé un point de la surface cutanée, situé au niveau de la cinquième et de la sixième vertèbre dorsale, insensible au simple contact, et où une pression un peu forte provoquait une attaque convulsive. Cette zone, spéciale à l'hystérie, est un signe pathognomique comme les zones épileptogènes sont le critérium du mal herculéen.

En raison de l'importance de ce symptôme, nous croyons devoir, pour porter la conviction dans l'esprit de tous, reproduire ici ce que l'on sait des zones hystérogènes.

Nous lisons à ce propos dans Grasset, qui cite l'Iconographie photographique de la Salpêtrière du Docteur Bourneville, que l'on désigne sous ce nom « des régions du corps, en général très-circonscrites, au niveau desquelles une pression plus ou moins forte produit dans un temps variable, en partie ou en totalité, les phénomènes qui caractérisent l'hystérie, et qui jouent souvent et spontanément un rôle important dans l'aura hystérique. »

Il faut les distinguer de la *dermalgie*, surtout par ce fait que, dans celle-ci, la sensibilité cutanée est exaltée, tandis qu'au niveau des zones hystérogènes la peau a généralement perdu toute sensibilité au toucher, au pincement, à la piqure.

« Les régions hystérogènes, continue le même auteur, ont une étendue qui varie entre un à deux ou trois centimètres de diamètre. Celles que nous connaissons aujourd'hui occupent le siège suivant :

« 8° Les apophyses épineuses de quelques-unes des vertèbres cervicales et dorsales, ou leurs gouttières.....

« Les régions hystérogènes sont plus ou moins nombreuses ; il est des malades qui n'en présentent qu'une seule, d'autres plusieurs. »

Dans ce dernier cas, l'activité des différentes zones hystérogènes n'est pas la même : « Les unes, ajoute Grasset, répondent sur le champ à la plus légère excitation, les autres ne déterminent d'attaque que si la pression a été énergique et après un temps assez long ; enfin il en est d'autres où la pression ne parvient à reproduire que quelques-uns des phénomènes de l'aura. »

Ce sont là les conclusions auxquelles permettent d'arriver les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière en 1880. Un an plus tard, M. Buet (*thèses de Paris*) découvre une nouvelle zone hystérogène et remarque en même temps qu'elles sont limi-

tées à la tête et au tronc. Richer se rallie à cette opinion en 1882. Mais la même année une thèse inaugurale, patronnée par M. le Professeur Pitres, de Bordeaux, est produite par le Docteur R. Gaube et complète l'étude clinique des zones hystérogènes. Nous ne pouvons ici reproduire toutes les conclusions de ce travail remarquable, mais nous ne savons résister au désir de citer celles qui, dans notre cas particulier, sont surtout intéressantes :

« 1° Les zones hystérogènes peuvent siéger à la tête, au tronc (Bourneville, Richer, Buet) et aux membres ;

2° Leur symétrie est fréquente, non constante ;

3° Leur forme est variable ainsi que leur étendue ;...

5° L'état de la sensibilité à leur niveau n'est pas constant. Chez un même malade, on rencontre des zones anesthésiques et d'autres qui sont sensibles.

6° Elles n'ont pas de rapport fixe avec l'hémianesthésie...

7° La douleur spontanée à leur niveau présente des caractères constants chez tous les malades... Elle se montre pendant les prodromes des crises (aura hystérogène) ; quelques zones seulement en sont le siège.

8° Quelques malades, en même temps que des zones hystérogènes, présentent des zones douloureuses. Celles-ci n'ont pas de caractères physiques propres : leur douleur est vague ; elles sont impuissantes à provoquer l'attaque ; elles peuvent se transformer et devenir hystérogènes ;...

15° Toutes les zones sont excitables à la pression ;...

22° Les zones hystérogènes, effacées par des actions locales ou générales reparaissent après un temps variable. »

Ces conclusions, ressortant de faits bien observés, sont le résultat d'expériences cliniques variées dont l'exactitude est indéniable ; malheureusement pour nous elles ne portent que sur des sujets féminins ; jusqu'à présent d'ailleurs il n'existe

aucune observation complète sur les zones hystérogènes chez l'homme. On trouve cependant, dans certains faits où la précision du récit laisse, il est vrai, à désirer, quelques indications qui permettent de supposer que, dans ces cas, il existait des zones hystérogènes méconnues. C'est ainsi que dans la première observation du professeur Ollivier rapportée par Klein dans sa thèse inaugurale (Paris, 1880), il devait exister une zone hystérogène au niveau de l'un des testicules, puisqu'une forte pression déterminait l'attaque. Jourdan rapporte également deux cas d'hystérie survenue à la suite d'oreillons chez deux caporaux du 28^e chasseurs à pied qui avaient des attaques très-violentes quand on venait à examiner l'abdomen.

Charcot, dans une récente observation clinique (*Progrès médical*, 27 janv. 1883), a, par contre, observé un fait négatif chez un homme de 34 ans, forgeron de son état, qui ne présentait d'autre symptôme hystérique qu'une contracture de la main reconnaissant pour cause déterminante une brûlure superficielle, mais dont la nature ne saurait être révoquée en doute puisqu'il existait concurremment une hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec retrécissement du champ visuel et dyschromatopsie, mais sans la moindre manifestation d'attaque hystériforme. Cependant ce Maître a trouvé, chez certains de ses malades masculins des zones hystérogènes, puisque dans une leçon publiée par M. Ch. Féré, dans le *Progrès médical* (13 janvier 1883), il s'exprime ainsi : « Chez l'homme, à défaut d'ovarie, nous retrouvons les points hystérogènes avec leurs mêmes caractères que chez la femme : mais chez lui les points d'élection sont surtout la région bregmatique, l'un des côtés de la poitrine ou de l'abdomen et surtout le flanc gauche. »

D'un autre côté, notre malade, outre sa zone hystérogène présente un certain nombre de zones douloureuses, offrant

les caractères signalés par le docteur R. Gaube, et dont la présence est aussi concluante au point de vue du diagnostic que celle de la première, quoique depuis le temps que nous observons L..., nous n'ayons pas eu à constater la transformation de l'une d'elles en zone hystérogène.

L'existence de ces zones est donc une preuve certaine de l'hystérie et vient confirmer le diagnostic qui, basé simplement sur l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel et la dyschromatopie, n'aurait pas offert une certitude scientifique suffisante. Dans aucune autre affection, en effet, on ne trouve l'existence de ce symptôme qui appartient en propre à l'hystérie dont il est, on peut le dire, le signe pathognomonique.

V. *Hypnotisme*. — La constatation de la présence d'une zone hystérogène chez L... suffirait pour convaincre de l'existence de l'hystérie chez lui ; nous aurions donc pu borner là notre démonstration ; mais quand on a l'occasion d'étudier un fait de cette nature, on ne saurait le faire trop à fond. Aussi, considérant les résultats que donne l'hypnotisme chez les malades de la Salpêtrière, nous avons voulu savoir si nous provoquerions les mêmes phénomènes chez notre malade. La note relative à nos expériences, publiée à la suite de notre observation, fait voir d'une manière incontestable que L... ne laisse rien à désirer sous ce rapport, et sans vouloir soulever de discussion sur la valeur de faits qui sont actuellement plutôt une curiosité scientifique, nous renvoyons aux résultats observés par MM. Charcot, Féré, Debove et Richer, dont la comparaison avec ceux que nous avons obtenus nous-même, sera des plus intéressante.

PATHOGÉNIE

Nous venons de prouver que L... est atteint d'hystéro-épilepsie, et qu'il ne saurait être question de rendre la syphilis cérébrale responsable des attaques convulsives qu'il a présentées. Il nous reste à établir la pathogénie de ces attaques et à démontrer l'influence d'une lésion locale sur le développement des manifestations bruyante d'une diathèse pré-existante.

Notre malade est un hystérique de longue date; on peut même dire que, du fait de l'hérédité, il l'a toujours été. Dès son enfance il a donné de nombreuses preuves de son nervosisme et dernièrement, au mois de mars 1882, à l'occasion d'un traumatisme n'a-t-il pas montré que les altérations organiques pouvaient être chez lui le point de départ d'attaques hystériques?

Au mois de septembre dernier des végétations volumineuses développées depuis longtemps à l'ombre d'un phimosis congénital, amènent par leur présence une inflammation ulcération de la verge qui à un moment donné se complique d'un véritable état phlegmoneux; c'est alors que nous voyons se succéder un certain nombre d'attaques d'hystéro-épilepsie, précédées d'une *aura* dont le point de départ est précisément

l'extrémité lésée de la verge. Cette aura, qui contourne l'os iliaque gauche en suivant le trajet de la branche abdomino-scrotale du plexus lombaire, remonte dans le canal rachidien jusqu'à la zone hystérogène, et c'est alors seulement que se produisent les autres phénomènes qui caractérisent la suite de l'attaque.

N'y a-t-il entre la lésion locale, l'aura et l'attaque elle-même qu'une simple relation de coïncidence, ou bien existe-t-il entre ces trois phénomènes un rapport de cause à effet ? Trouvons-nous, dans les données de la science, des faits semblables qui confirment cette hypothèse, ou notre cas constitue-t-il un fait nouveau, méritant d'être envisagé comme tel, tant par le soin avec lequel l'observation a été prise, que par les données scientifiques dont sa valeur est rehaussée ? C'est ce qu'il nous reste à développer à présent.

Nous avons vainement cherché des observations d'attaques hystériques développées chez l'homme à la suite de lésion locale. Charcot rapporte bien un cas de contracture hystérique d'origine traumatique, auquel nous avons fait allusion plus haut, mais c'est là un cas d'hystérie incomplète, d'hystérie fruste.

Nous avons compulsé également les travaux publiés sur le phimosis et les calculs sous-préputiaux, c'est à peine si nous avons trouvé mention dans G. Lewin, par exemple, (*Berl. Klin. Wochenschrift*. 1879, n° 13 et 14), d'un peu de gêne ou de quelques douleurs locales, mais jamais nous n'avons vu relater de crises nerveuses que l'on pourrait rapprocher de notre cas. Notre observation est donc une *observation princeps*, aussi tenons-nous à honneur d'éloigner d'elle toute erreur d'interprétation.

Et d'abord la relation précédemment mentionnée existe-t-elle réellement ? Notre malade, névropathe confirmé, prédis-

posé aux crises hystériques, n'a-t-il pas subi plus péniblement qu'un autre l'influence du milieu dans lequel il se trouve placé, et l'impression morale de se voir à son âge relégué dans un service hospitalier, dans un milieu grossier, voire même répugnant, ne serait-elle pas pour beaucoup dans le développement des attaques? Briquet avait autrefois déjà noté l'influence du séjour à Lourcine sur la production des accidents hystériques chez la femme, et peut-être quelque psychologue pourrait reproduire contre nous cet argument, mais nous préférons aller au-devant de son objection et la réfuter par des preuves sérieuses.

1° Le malade d'une intelligence médiocre est peu sensible à de pareilles impressions, et, loin de se plaindre de son séjour à l'hôpital, il a conservé toute sa bonne humeur et tout son entrain.

2° L'aura déterminant l'attaque spontanée, a toujours pour point de départ le siège même de la lésion de la verge. Or nous savons que, dans l'épilepsie de cause phérérique, traumatique ou organique, l'attaque est précédée d'une aura qui débute sur la lésion locale, et accuse ainsi la cause des attaques convulsives puisqu'elle est liée à la modification nerveuse locale. Chez notre malade nous pouvons par analogie, à la suite de l'étude clinique approfondie que nous avons faite, conclure que l'aura hystérique déterminant les attaques, révèle de même leur cause réelle, par son point de départ.

3° Si l'axiome thérapeutique est vrai : « *Naturam morborum, ostendunt curationes,* » quelle est la signification de la diminution de l'intensité et de la fréquence des attaques après l'opération du phimosis ? Comment expliquer la cessation complète des attaques spontanées et la difficulté que l'on éprouve à amener des attaques provoquées par l'excitation de

la zone hystérogène après l'extirpation du paquet de végétations ?

De là à croire que nous voulions prétendre que les végétations en se développant ont créé l'hystérie de toutes pièces, il y a loin ! Non, L.... était hystérique auparavant, mais il ne présentait pas de grandes attaques convulsives, et c'est l'irritation périphérique, causée par l'inflammation à laquelle les végétations ont donné lieu, qui a déterminé ces attaques en agissant par voie nerveuse centripète, comme l'aura le démontre de la manière la plus nette. La preuve qu'il était hystérique antérieurement, c'est qu'après l'opération il l'est resté, il n'a plus eu d'attaques spontanées, il est vrai, mais on peut encore en provoquer par excitation de la zone hystérogène, et de plus il a conservé des stigmates de l'hystérie tels que le rétrécissement du champ visuel, les troubles de la sensibilité, etc.. qui n'ont pas été influencés d'une manière notable par l'ablation des végétations.

Aussi, dans la crainte que notre observation ne reçoive par la suite une autre interprétation que celle que nous voulons lui donner, nous croyons avant de terminer, devoir affirmer hautement que nous rejetons également les deux opinions qui voudraient l'une faire des végétations le point de départ exclusif de l'hystérie, l'autre ne voir dans cette lésion qu'une simple coïncidence chez un hystérique. Pour nous, notre opinion qui tient entre les deux précédentes un juste milieu, découle de la discussion précédente et nous pouvons la formuler ainsi :

L..., hystérique depuis longtemps, a présenté des attaques de grande hystérie, déterminées par des végétations sous-préputiales ; chez lui l'aura, marquant le début des attaques spontanées, et qui partait de l'extrémité de la verge, est la

preuve irrécusable de la relation qui a existé entre la lésion locale et la production des attaques; aussi l'extirpation de la cause a fait cesser les attaques spontanées, mais n'a pas guéri l'hystérie.

Vu, le 7 mars 1883.

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 7 mars 1883.

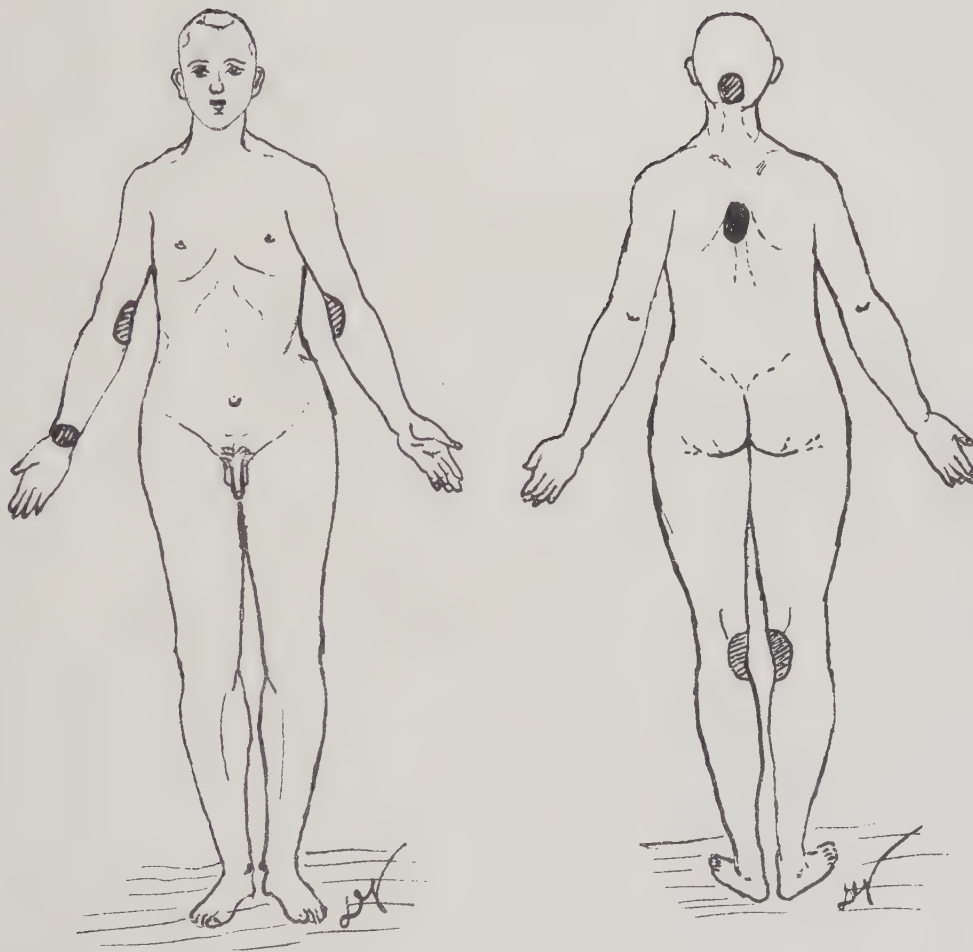
Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Chlorures. — Leur dosage dans l'urine.
- 2° PHYSIQUE. — Effets des courants continus.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des malvacées. —
Malvacées employées en médecine, pour l'alimentation et
dans l'industrie.
- 4° ANATOMIE. — Voies biliaires.
- 5° HISTOLOGIE. — Muqueuse de la bouche.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Procédés pour recueillir et étudier les gaz
de la respiration.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Du danger des piqûres
anatomiques.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des abcès rétro-phar-
ingiens.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'hydropisie consécutive à
une maladie du foie.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Traitement des
petits anévrysmes par les injections coagulantes.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Des pièces et dentiers artificiels.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De l'usage du chloroforme dans les accou-
chements.
- 13° HYGIÈNE. — Des bains de rivière.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la syphilis vaccinale; applications
médico-légales.

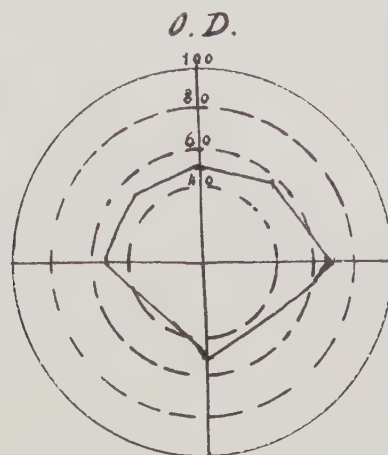
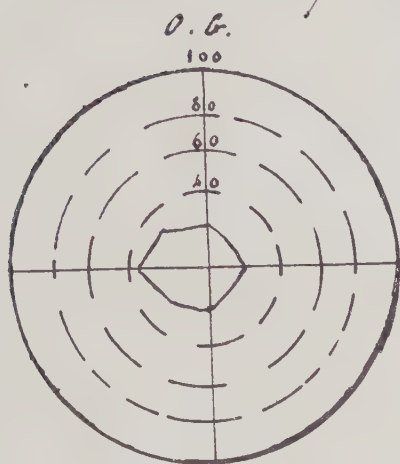
Planche I.



- *Zône hystéro-gène.*
- *Zônes douloureuses.*

Planche II.

27 décembre 1882.



19 février 1883

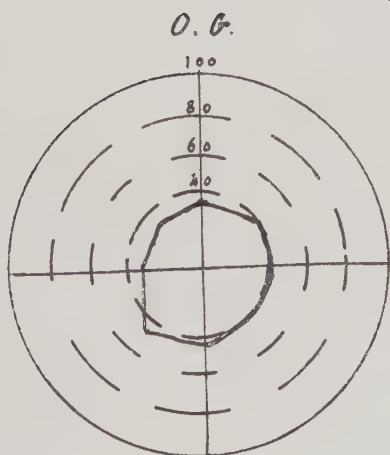


Fig. 3

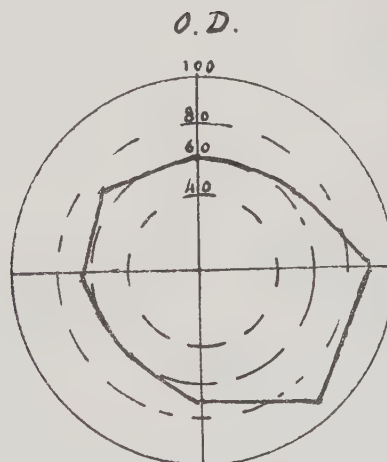


Fig. 4

Examens de M.^{re} le Docteur Staëber;
 ~ chef de clinique ophthalmologique à la Faculté

Planche III.

21 février.

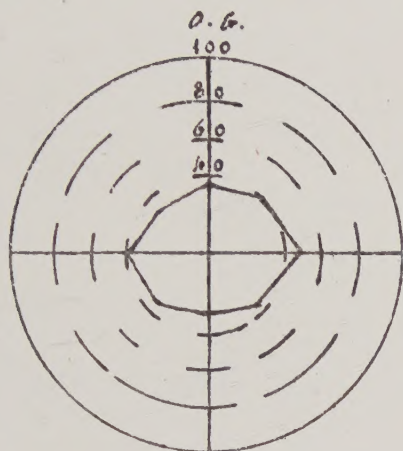


Fig. 1

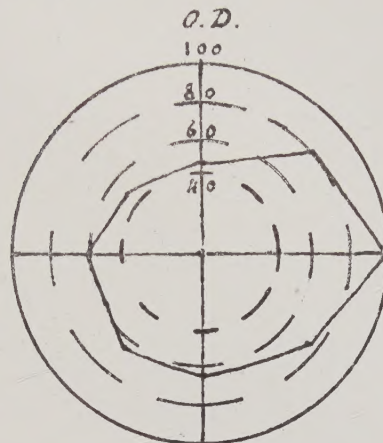


Fig. 2

Après un quart d'heure d'aimantation interrompue.

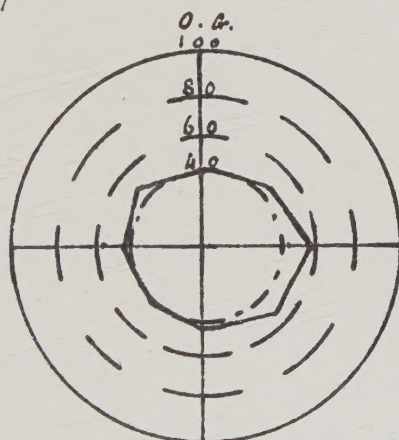


Fig. 3

Examen de M. le D.^r Charpentier,
professeur de physique à la Faculté.

